

**Contribution à l'Étude
des
Tumeurs conjonctives
des
Parties molles de la Cuisse**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 7 Juin 1937

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Hubert JACOB

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE BESANÇON

Né le 4 Décembre 1912 à Troyes (Aube)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

{	MM. HAMANT, professeur . . .	Président
	ANDRÉ, professeur . . .	Juges
	BODART, agrégé . . .	
	CHALNOT, agrégé . . .	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY-LAXOU

Imprimerie A. TOLLARD, 2 et 4, Rue de Maréville

1937

Contribution à l'Étude
des
Tumeurs conjonctives
des
Parties molles de la Cuisse

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 7 Juin 1937

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR

Hubert JACOB

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE BESANÇON

Né le 4 Décembre 1912 à Troyes (Aube)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. HAMANT, professeur . .	<i>Président</i>
		ANDRÉ, professeur . . .	} <i>Juges</i>
		BODART, agrégé . . .	
		CHALNOT, agrégé . . .	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY-LAXOU

Imprimerie A. TOLLARD, 2 et 4, Rue de Maréville

1937

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur HAMANT,

Professeur de Clinique Chirurgicale.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Témoignage de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur ANDRÉ

Professeur de Clinique Chirurgicale Urinaire,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Témoignage de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Agrégé BODART,

Professeur Agrégé à la Clinique de Chirurgie Infantile.

En le remerciant d'avoir bien voulu juger notre travail.

Monsieur le Professeur agrégé CHALNOT,

Professeur Agrégé de Propédeutique Chirurgicale.

A qui nous devons le sujet de notre travail et qui nous a guidé dans son élaboration. Avec notre gratitude et notre reconnaissance pour la bienveillante sollicitude qu'il nous a constamment témoignée et l'amabilité avec laquelle il nous a toujours reçu.

**A TOUS NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ
DE NANCY.**

A nos Maîtres des Hôpitaux de Besançon,

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'interne.*

Monsieur le Docteur LEDOUX,

Directeur de l'Ecole de Médecine de Besançon,

Professeur de Clinique Médicale.

*Dont l'enseignement médical a été
pour nous d'un grand profit. Témoi-
gnage de notre gratitude et de notre
admiration.*

Monsieur le Docteur BAUFLE,

Professeur de Pathologie Médicale.

*Dont les leçons de clinique médicale
eurent pour nous beaucoup d'attrait.
Témoignage de notre reconnaissance
respectueuse.*

Monsieur le Docteur CHATON,

Professeur de Clinique Chirurgicale,

*Témoignage de notre vive reconnais-
sance pour son enseignement chirur-
gical et pour la sympathique bienveil-
lance qu'il a bien voulu nous témoi-
gner.*

Monsieur le Docteur VOLMAT,

Professeur de pathologie Chirurgicale.

Témoignage de notre profond respect.

**A tous nos Maîtres de l'Ecole de Médecine
et des Hôpitaux de Besançon.**

**Et à nos Camarades d'Internat des Hôpitaux
de Besançon.**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Introduction

Nous avons eu l'occasion de voir évoluer plusieurs cas de tumeurs conjonctives dans le service de M. le Professeur HAMANT, et nous avons été frappé par la fréquence de celles-ci au niveau de la cuisse.

Il existe certes des cas de tumeurs conjonctives, présentant les mêmes caractères anatomiques et une semblable évolution, que l'on peut rencontrer au niveau du membre supérieur, au niveau des grands droits, de l'abdomen, et des masses lombaires, mais leur nombre est insignifiant par rapport au nombre des tumeurs conjonctives de la cuisse. Il est difficile, par contre, de trouver une explication plausible de cette prédilection.

Cette particularité, ainsi que la structure et l'évolution de ces tumeurs nous incite à exposer les différents problèmes qu'elles peuvent poser.

Ces tumeurs se développent aux dépens du tissu conjonctif de la cuisse. Or, celui-ci comprend : le tissu conjonctif accompagnant les divers troncs vasculo-nerveux, et formant à ceux-ci un manchon qui les entoure jusqu'à leurs plus fines ramifications, le tissu conjonctif aponévrotique, séparant les divers muscles

entre eux, et pénétrant même dans ceux-ci, pour entourer les différentes fibres, enfin, le tissu conjonctif sous-cutané.

Ce sont les néoplasies développées au niveau de ce tissu conjonctif de la cuisse dont nous voulons, à la faveur de plusieurs observations de malades du service de M. le Professeur HAMANT, étudier l'anatomopathologie, la symptomatologie, l'évolution, le diagnostic et le traitement.

Historique

Nous nous bornerons à signaler les principales dates et les auteurs qui s'occupèrent de la question et la firent progresser :

1860. — LANGENBECK est un des premiers à décrire ces tumeurs de la cuisse, mais il y a beaucoup d'obscurités dans ses conclusions. Il pense que ces néoplasmes proviennent des lymphatiques.

1885. — RAFIN, guidé par Maurice POLOSSON, soutient une thèse sur le myxome diffus de la cuisse. Il est le premier à avoir décrit le caractère de gravité que présentent ces néoplasmes par suite de leurs récidives; 11 cas cités par lui ont eu tous une évolution fatale, à plus ou moins lointaine échéance.

1886. — KIRMISSON s'intéresse surtout à la technique opératoire de l'ablation des tumeurs du triangle de Scarpa, parmi lesquelles il range les « sarcomes parties de la gaine même des vaisseaux fémoraux ».

1897. — CLERC traite du myxo-lipome que PONCET avait décrit dans ses leçons de clinique. Mais il ne parle pas de l'avenir de ses malades.

1902. — THÉVENOT et PATEL parlent aussi du myxolipome de la cuisse. Ils situent avec raison son origine dans le tissu conjonctif intra-musculaire.

1905. — POTHERAT signale, à l'occasion d'un énorme myxome de la cuisse gauche, que la récurrence est due à un petit lobule oublié au moment de l'intervention.

L'école de Lyon s'empare alors de la question, ce sont les travaux de MERLAT, de JABOULAY; TIXIER présente dix cas de tumeurs des parties molles de la cuisse, suivies toutes de récurrences, un de ses malades a été opéré dix-sept fois, et il conclut à l'amputation systématique. Puis son élève POLOSSE publie sa thèse sur les tumeurs des parties molles où l'on rencontre des observations fort intéressantes.

Anatomo - Pathologie

GÉNÉRALITÉS

Le tissu conjonctif qui donne naissance aux tumeurs que nous étudions est un tissu métaplasique. Il est à l'origine de diverses formations très diverses. Il se transforme et s'adapte aux conditions particulières, mécaniques, fonctionnelles qu'il rencontre. Ainsi ses cellules peuvent devenir chondroblastes, ostéoblastes, sa substance interstitielle contenir outre de l'élastine et de la graisse, du cartilage et des sels calcaires.

Le tissu conjonctif est unique, mais ses aspects sont multiples, aussi les formes tumorales issues de ce tissu sont-elles aussi très variées. Les tumeurs conjonctives de la cuisse ont un polymorphisme étonnant, et il est rare de rencontrer une forme pure de fibrome, lipome, myxome ou sarcome. Suivant les associations, on rencontre des fibro-lipomes, des lipo-sarcomes, des myxo-sarcomes, etc., et il faudrait une vingtaine d'étiquettes pour les désigner exactement.

Certains auteurs ont par suite appelé ces tumeurs des tumeurs mixtes, ce qui semble signifier que différents tissus participent à leur formation. Or, l'origine pri-

mitive de toutes ces formations diverses est la même, c'est le tissu conjonctif.

On a donc cherché pour désigner l'ensemble de ces tumeurs un terme général qui rappelât cette origine unique. RAFIN le premier, en 1898, parla de conjonctivome. Peut-être ce terme peut-il prêter à confusion avec les tumeurs de la conjonctive. Mais par la suite, ce terme a été repris par divers auteurs, dont POLOSSON et il a été adopté par les principales revues chirurgicales de ces dernières années. Peut-être n'est-il pas bien choisi, mais il a l'avantage d'aider à la clarté du texte si c'est là son seul avantage, il n'est pas à dédaigner.

ÉTUDE MACROSCOPIQUE DES CONJONCTIVOMES DE LA CUISSE

ASPECT EXTÉRIEUR

Le conjonctivome de la cuisse se présente à son début comme une petite masse arrondie, qui peut être située à n'importe quel endroit de la cuisse. Cette petite masse est mobile sous la peau et, de plus, indolente.

Sa consistance est alors variable, suivant sa variété histologique, cette masse est dure, fluctuante ou molle. Sa présence ne gêne en rien son porteur, et si celui-ci n'est pas prévenu, il ne s'en soucie pas et il est rare que le médecin soit consulté tout au début.

La tuméfaction grossit alors lentement, elle atteint des dimensions d'une orange, de deux poings, d'une

tête d'adulte, l'aspect n'est plus celui d'une masse régulière, comme auparavant, c'est maintenant une tuméfaction multilobée, bosselée, qui apparaît à la vue, il existe des sillons délimitant les lobes de différentes grandeurs. D'habitude, il y a deux ou trois gros lobes, et d'autres plus petits et plus nombreux; cette masse bombe sous les téguments qui peuvent présenter à ce niveau quelques troubles trophiques.

De même que l'aspect, le toucher révèle une masse non homogène, les lobes ne sont pas de la même consistance; la vue et le toucher montrent déjà que l'ensemble de la tumeur n'a probablement pas la même structure histologique.

Ces conjonctivomes progressent lentement, en 10, 20 ans parfois, certains arrivent à acquérir des dimensions extraordinaires; ainsi HEURTAUX, dans le dictionnaire de JACOUD, cite le cas d'un fibro-lipome du poids de 25 livres, ce qui représentait le tiers du poids du porteur. VILLARD a vu un conjonctivome atteindre le poids de 22 kilos.

SITUATION ANATOMIQUE.

Les conjonctivomes peuvent se rencontrer à n'importe quel endroit de la cuisse. Mais le plus souvent on les rencontre au niveau de la face interne de la cuisse, le long du trajet des vaisseaux fémoraux. Ainsi se présentaient les conjonctivomes de l'observation n° 1 (au niveau de la partie inférieure du canal de Hunter), ceux des observations numéros 4 et 5 au ni-

veau de la partie moyenne. POLOSSON a voulu les individualiser, et leur a donné dans son ouvrage un chapitre spécial. Mais peut-être cette distinction est-elle un peu excessive, certes les conjonctivomes peuvent se développer au dépens de l'atmosphère cellulo-graisseuse abondante, qui entoure les vaisseaux fémoraux « du lit même des vaisseaux » mais ils peuvent aussi très bien provenir du tissu conjonctif intra-musculaire avoisinant et par la suite pénétrer dans le canal de Hunter, et s'infiltrer dans ce canal qui se laisse distendre, le suivant à la manière d'un fil conducteur. La distinction est très difficile à faire et d'ailleurs n'entraîne aucune conséquence du point de vue anatomopathologique.

On rencontre donc très souvent des conjonctivomes à la face interne de la cuisse, que l'on peut appeler conjonctivomes de la gaine des vaisseaux fémoraux. Certains autres ont leur origine au niveau du tissu conjonctif des muscles extenseurs, ou adducteurs, on en rencontre aussi au niveau de la région fessière, naissant des interstices cellulaires, des muscles fessiers (cas de l'observation n° 3) ; d'autres proviennent aussi des fléchisseurs de la cuisse ou de l'atmosphère cellulaire du creux poplité. POTHERAT a signalé un cas de fibromyxo-sarcome qui encerclait le sciatique, et qui fut entièrement énucléable sans nuire à l'intégrité du nerf.

Suivant son point d'origine, le conjonctivome aura tendance à l'extériorisation ou à l'infiltration. Ceux qui prennent naissance au niveau de l'atmosphère cellulo-graisseuse sous-cutanée se développent en surface. Ce seront des masses multilobées bombant sous la peau

et qui parfois se pédiculiseront, donnant alors la forme dite « en besace ».

Le tissu conjonctif, sous-aponévrotique ou intramusculaire est-il le point de départ du conjonctivome, celui-ci alors dissocie les fibres musculaires qui s'atrophient, il les envahit, poussant des prolongements très loin dans les masses musculaires. C'est la forme dite infiltrante. Parfois, ces conjonctivomes arrivent à percer l'aponévrose d'enveloppe et alors une partie de la tumeur se développe superficiellement, c'est la forme dite « en bouton de chemise ». C'est ce qui se voit très souvent au niveau du fascia cribriformis.

Il est bien évident dès maintenant que le pronostic ne sera pas le même dans ces différentes formes de conjonctivomes. Le conjonctivome pédiculisé ou seulement extériorisé, qui se trouvera entièrement au-dessus de l'aponévrose d'enveloppe sera beaucoup plus facilement énucléable en totalité, tandis que la forme infiltrante aura un pronostic beaucoup plus défavorable. Il sera beaucoup plus facile dans ce dernier cas d'oublier un lobule éloigné de la tumeur qui pourra par la suite être le point de départ de récidives multiples.

RAPPORTS AVEC LES ORGANES VOISINS.

Les conjonctivomes de la cuisse sont en rapport plus ou moins médiat avec les téguments, les masses musculaires, les vaisseaux et nerfs et la charpente osseuse.

La peau reste mobile au-dessus de ces tumeurs, celle-ci est souvent distendue par les proportions souvent énormes du conjonctivome et il arrive qu'elle présente parfois quelques troubles trophiques. On peut même y rencontrer de la lymphangite ou des ulcérations qui peuvent être le départ de complications infectieuses.

Les conjonctivomes ont des rapports beaucoup plus intimes avec les muscles, ce qui crée une grosse difficulté opératoire. En effet, les conjonctivomes naissent le plus souvent de l'intérieur même des muscles et en se développant, ils refoulent ceux-ci, les dissocient, les atrophient. Le néoplasme poursuit son chemin et envahit d'autres muscles qui, eux-aussi, seront parsemés de boyaux néoplasiques, sources d'oubli pendant l'énucléation. POTHERAT a été un des premiers à attirer l'attention sur ces lobules satellites, causes de récidives.

Les vaisseaux peuvent aussi présenter des rapports intimes avec les tumeurs qui les entourent dans le canal de Hunter. C'est le cas des conjonctivomes de la gaine des vaisseaux et l'observation n° 5 en est un bon exemple. La tumeur avait entouré complètement les vaisseaux, leur formant un manchon. Mais le conjonctivome assez récent n'avait pas entraîné de compression bien forte des vaisseaux, les oscillations étaient les mêmes aux deux membres, et il n'existait pas d'œdème malléolaire. BÉRARD signale un cas où la veine fémorale était thrombosée au niveau de la tumeur, sans d'ailleurs contenir de cellules néoplasiques, l'artère était réduite à la dimension d'une plume d'oie. Il dut réséquer les vaisseaux sur une longueur de près de 30 centimètres. Ce cas est assez rare,

et on trouve presque toujours un plan de clivage entre tumeur et vaisseaux.

Des rapports intimes peuvent aussi exister entre nerfs et conjonctivome. POTHERAT en a rapporté deux observations : l'une où le sciatique était englobé dans les tumeurs, l'autre le sciatique poplité interne; dans ces deux cas, d'ailleurs, il fut possible de découvrir un plan de clivage assurant ainsi l'intégrité du nerf.

Ces exemples montrent que malgré les dimensions souvent considérables des conjonctivomes, et leur proximité des vaisseaux et nerfs, il est presque toujours possible de les extraire sans causer de complications vasculaires ou nerveuses, par trop importantes.

Il est prudent, d'ailleurs, de poser au début de l'intervention, un fil d'attente sur les vaisseaux fémoraux. TIXIER, un jour, déchira la veine fémorale sur une grande étendue; il put d'ailleurs la suturer.

Il n'existe presque jamais de rapport immédiat entre les conjonctivomes et l'os. Celui-ci parfois peut, lorsque le conjonctivome arrive à son contact, présenter des troubles trophiques insignifiants, tels qu'érosion ou géode.

LA CAPSULE.

Il est intéressant, en outre, d'étudier la membrane du conjonctivome qui permet le clivage entre la tumeur et les organes avoisinants. Celle-ci, très nette sur le conjonctivome primitif de l'observation n° 1, est de nature fibreuse, mais par la suite celle-ci s'amincira, deviendra déhiscente par place, laissant échapper des

boyaux néoplasiques, qui vont ensemençer les muscles environnants. Et on a pu dire par suite que la capsule n'était pas une membrane d'enveloppe, mais une membrane d'envahissement.

VASCULARISATION.

Une particularité des conjonctivomes est leur faible vascularisation. On s'attendrait devant de telles masses à rencontrer un pédicule vasculaire. Il n'en est rien. L'énucléation ne s'accompagne d'aucune ligature d'un pédicule. Tout au plus, quelques vaisseaux se rendent-ils à la capsule. Comment ces masses se nourrissent-elles? On en est réduit à des hypothèses, fentes vasculaires, osmose... Les lymphatiques sont aussi en petit nombre et il n'existe jamais de ganglions, ce qui explique la non-généralisation des conjonctivomes à leur début.

STRUCTURE MACROSCOPIQUE.

La teinte des conjonctivomes est blanc grisâtre, ou parfois rosé. A la coupe, l'aspect est marbré, et on peut reconnaître sur la tranche les diverses formations néoplasiques, qui composent la tumeur. Ici du tissu nacré formant volutes, c'est du tissu fibreux, là du tissu jaunâtre, mou, c'est du tissu graisseux; là encore, une masse tremblotante, œdémateuse, c'est du tissu myxomateux. Parfois, encore, on rencontre des noyaux calcaires ou des kystes remplis de liquide sanglant? Tout ceci nous montre bien la diversité structurale du con-

jonctivome, et souligne encore la difficulté pour l'anatomo-pathologiste d'apposer une étiquette complète sur ces masses hétérogènes.

TUMEURS DE RÉCIDIVES.

Les tumeurs de récidives ne présentent pas toujours les mêmes caractères anatomo-pathologiques que la tumeur primitive, les examens de laboratoire successifs de l'observation n° 1 en sont la preuve. La première ablation n'a pas empêché la tumeur de continuer son évolution vers une forme de plus en plus maligne. La première tumeur était entourée d'une capsule épaisse, fibreuse, et ne comportait aucun caractère de malignité. La nouvelle tumeur est adhérente à la cicatrice, et aux masses musculaires sous-jacentes. On ne retrouve plus la capsule qui limitait la première tumeur, et la structure est celle d'une tumeur maligne.

Est-ce une récidive ou la continuation de la première tumeur, grâce à un lobule satellite oublié? Les deux cas, certes, peuvent se rencontrer. Car l'ablation de la tumeur n'enlève pas la cause première de la néoplasie qui continue toujours à exister et qui détermine une nouvelle néoplasie, celle-ci développée d'ailleurs sur un terrain nouveau qui a été bouleversé par le bistouri.

ÉTUDE MICROSCOPIQUE.

Le microscope montre lui aussi tout le polymorphisme de ces tumeurs. Un exemple frappant est celui

de l'examen des coupes de l'observation n° 3 qui révèlent des plages très différentes.

Ici des plages de cellules plates à noyaux allongés, des fibrilles rangées les unes près des autres, c'est du tissu fibreux, donc fibrome.

Là de grosses alvéoles remplies de graisse, avec peu de cellules, c'est du lipome.

Là encore des cellules allongées, étoilées avec des prolongements effilés, qui se rejoignent au sein d'une matière amorphe, nous avons affaire à du myxome.

Enfin quelques plages de cellules nombreuses ordonnées par rapport à des axes vasculaires. Les mitoses sont nombreuses, et la substance interstitielle peu abondante, ce sont des plages de tissu sarcomateux.

L'ensemble des différentes plages de cette tumeur permet d'y apposer l'étiquette de fibro-lipo-myxo-sarcome. Les quelques plages sarcomateuses montrent que le conjonctivome est en voie de dégénérescence maligne sarcomateuse.

Les coupes de l'observation n° 4 et celles des récidives du n° 1 montrent qu'il s'agit de lésions beaucoup plus malignes par l'abondance des plages sarcomateuses et par les différentes formes de cellules sarcomateuses.

Sur les coupes des observations numéros 2 et 3, on peut voir des plages de myxome dont l'origine est intéressante. En effet, le tissu muqueux n'existe chez l'homme que dans le corps vitré. Chez le fœtus, il

forme la gelée de Warthon du cordon ombilical. Sa nature paraît dépendre de sa faible vascularisation, ce tissu ne se nourrit que par imbibition et il n'existe aucun vaisseau dans la gelée de Warthon. Il semble que le tissu myxomateux des conjonctivomes soit dû aussi à la pauvre vascularisation des conjonctivomes. On remarque, en effet, sur les coupes, que le tissu myxomateux est éloigné des vaisseaux, tandis que le tissu sarcomateux est riche en axes vasculaires.

Symptomatologie

PÉRIODE DE DÉBUT

La symptomatologie des conjonctivomes à leur début est très réduite. Le peu de gêne et l'indolence de ces tumeurs laissent souvent le malade dans l'ignorance de son état.

Mais il peut arriver que le malade découvre par hasard une petite masse au niveau de sa cuisse. Quelquefois, comme le signalaient les malades des observations 2 et 5, une légère douleur préexistait à l'apparition de la tumeur. Dans quelques cas, le malade se souviendra d'un traumatisme ancien qui était survenu au niveau de cette région. Ainsi, le malade de l'observation n° 1 avait l'habitude d'appuyer le manche de sa pelle à l'endroit où s'est développé, plus tard, le conjonctivome. Il supportait ainsi à ce niveau des traumatismes répétés. Mais on sait quelle place réduite doit prendre le traumatisme comme agent causal de tumeurs.

Pourtant une observation de GUYOT signale le cas d'un homme ayant reçu un coup de pied de vache au

niveau de la cuisse, un an environ avant l'apparition du conjonctivome. Le malade de l'observation n° 5 avait reçu un violent traumatisme dans la région où se développe son conjonctivome un mois environ avant son apparition. Mais n'est-ce là qu'une coïncidence? Combien de traumatismes au niveau du membre inférieur, région si exposée, qui n'ont amené aucune complication tumorale.

PÉRIODE D'ÉTAT

a) SIGNES PHYSIQUES

Le conjonctivome se présente alors comme une tuméfaction arrondie, plus ou moins volumineuse, allant d'une orange à une tête d'adulte environ. Les téguments à ce niveau sont généralement indemnes, tout au plus peut-on noter une circulation veineuse exagérée localement. Les très gros conjonctivomes, par contre, peuvent amener au niveau de la peau quelques complications, telles que érythème, lymphangite, surtout au voisinage de la région périnéale.

Au toucher, la tumeur est indolore, elle est arrondie, plus ou moins extériorisée. Si le point de départ de la tumeur est profond, le conjonctivome a tendance à l'infiltration, et la palpation doit se faire dans la profondeur.

La tumeur est nettement lobulée, on sent la séparation entre les différents lobes, par des sillons. La

consistance des lobes dépend de leur structure histologique.

Les essais de mobilisation sont fructueux. La tumeur est mobile, sous la peau. Toutefois, on se rend compte que les lobes profonds sont moins mobilisables. Dans la contraction des muscles de la cuisse, la tumeur reste mobilisable en surface, mais les lobes profonds sont fixés.

On a parlé de signes particuliers basés surtout sur la différence de densité entre les lobes. La palpation donnerait des sensations de crissements de « collision crépitante », a dit RICHET. Ce serait un signe tactile autant qu'auditif.

La radiologie montre nettement l'indépendance de la tumeur et du squelette. Elle révèle une masse floue avec quelquefois des petits noyaux qui correspondent aux points calcifiés de la tumeur.

b) SIGNES FONCTIONNELS.

Les symptômes fonctionnels se réduisent à peu de choses. Légère douleur à la pression. Un cas rare est celui du malade de l'observation n° 5 qui a présenté des douleurs assez vives, calmées par le repos.

Quand la tumeur a pris une certaine extension, il existe de la gêne dans certains mouvements d'extension ou de flexion qui sont limités.

Souvent aussi on note de l'œdème du membre au-dessus de la tumeur. La compression se fait sentir da-

vantage sur la veine fémorale que sur l'artère plus rigide. La cyanose et les fourmillements ne sont que la conséquence de la gêne de la circulation de retour.

En résumé, le symptomatologie des conjonctivomes est banale, il n'y a aucun symptôme vraiment spécifique.

Evolution

L'évolution des conjonctivomes est certainement le fait qui les caractérise le mieux. Comme l'a dit FRUCHAUD dans son mémoire, le conjonctivome a une « tendance indéfiniment extensible ».

ÉVOLUTION D'UN CONJONCTIVOME LAISSÉ A LUI-MÊME

En général, le conjonctivome, abandonné à lui-même évolue pendant des années, 10, 20 ans, sans jamais produire de métastases. Mais à la longue, il peut entraîner de l'impotence fonctionnelle du membre inférieur, par son extension et par l'œdème qu'il provoque.

D'autre part, la peau peut se fissurer au niveau de la tumeur entraînant des complications infectieuses redoutables. Ou encore, après avoir évolué lentement, la tumeur sous une influence indéterminable acquiert des signes de malignité, son évolution est alors hâtée.

ÉVOLUTION D'UN CONJONCTIVOME OPÉRÉ

Mais l'intervention du bistouri change le problème. Le conjonctivome opéré récidive *in situ*, cette récidive est la règle, d'après POLLOSSON. Elle survient de quelques mois à quelques années après la première intervention et une autre intervention ne met pas le malade à l'abri d'une autre récidive, celle-ci encore plus rapide que la première. Enfin, à plus ou moins longue échéance surviendra une métastase qui emportera rapidement le malade vers une issue fatale.

Ainsi POLLOSSON cite dans sa thèse l'histoire d'une malade dont le conjonctivome opéré douze années après son début, a récidivé trois fois, récidives à un an de distance environ chacune, et dont la mort suivit la dernière ablation.

BÉRARD, COLSON et HENRY signalent également le cas d'un conjonctivome de la fesse évoluant depuis 37 ans, ayant récidivé deux fois, et qui s'est terminé aussi par la mort du porteur.

En règle générale, un conjonctivome opéré évolue vers :

a) LA GUÉRISON :

Il en existe des cas indéniables. Ce fait est surtout fréquent dans le cas d'un conjonctivome extériorisé, en forme de besace, par exemple, dont l'origine est toute superficielle.

b) RÉCIDIVES LOCALES LENTES :

Les récidives se reproduisent à intervalles très longs et l'intervention locale peut, à la première ou deuxième récidive, amener encore la guérison.

c) RÉCIDIVES LOCALES RAPIDES :

Les récidives sont dans ce cas très rapides, quelques mois seulement les séparent entre elles. Le pronostic est alors très sévère, et la menace de généralisation est imminente. Une amputation peut seule à ce moment être tentée.

d) MÉTASTASES :

Ces métastases ne se produisent qu'après une intervention, jamais primitivement. Elles se voient au niveau du foie, du poumon, rarement dans les os. Elles reproduisent la tumeur initiale et sont le signe précurseur d'une issue fatale prochaine.

FACTEURS INTERVENANT SUR L'ÉVOLUTION

a) ÂGE :

Les conjonctivomes sont rares chez l'enfant où ils ont une évolution très rapide. BÉRARD et PEYCELON en citent un cas : existence d'un réticulo-sarcome chez un enfant de six mois. C'est de 40 à 50 ans où le conjonctivome se rencontre le plus souvent, et son évolution est généralement rapide. On doit le considérer

alors comme une tumeur maligne. Plus tard, vers 60 ans, le pronostic est moins sévère, l'évolution beaucoup moins rapide.

b) FORMES CLINIQUES :

Nous avons déjà remarqué que les formes superficielles avaient une évolution lente et s'accompagnaient souvent de guérison, après la première intervention. Le pronostic dans ces formes n'est donc pas très sévère.

Mais les formes infiltrantes, qui se fixent plus ou moins au moment de la contraction musculaire, sont celles qui sont le plus susceptibles de produire des récidives à plus ou moins brèves échéances, ce sont les formes dont on doit se méfier, et qui comportent un pronostic extrêmement sévère.

c) FORMES ANATOMIQUES :

On a cru longtemps qu'il existait des formes de conjonctivomes bénignes et d'autres malignes, suivant les résultats anatomo-pathologiques. On se basait sur la présence, au sein de la tumeur, des plages sarcomateuses, qui permettaient d'affirmer la nature maligne de ces tumeurs. Il n'en est rien, et le conjonctivome dont l'examen histologique n'a révélé aucun cachet de malignité, peut très bien être à l'origine une récidive qui, elle, aura des caractères de malignité très nets.

L'observation n° 1 en apporte la preuve. L'examen après l'ablation du conjonctivome primitif avait montré qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne, nettement enkystée, il n'existait aucune lésion pouvant faire penser

à une tumeur maligne. Et pourtant, l'année suivante la tumeur réapparaît. Elle est de dimensions semblables, mais le microscope révèle un sarcome, à petites cellules rondes. Malgré des suites opératoires les plus désirables, l'année suivante la tumeur réapparaît et cette fois il s'agit d'un sarcome globo-cellulaire.

Tout ceci ne peut que nous faire conclure à la difficulté de poser un pronostic exact. En tous cas, l'évolution si souvent fatale ne peut que contribuer à porter un pronostic sévère.

Diagnostic

Le diagnostic du conjonctivome de la cuisse semble relativement facile à poser, les principaux symptômes en sont : tumeur indolore, au niveau de la cuisse, le plus souvent sur le trajet des vaisseaux fémoraux, survenant entre 40 et 50 ans, évolution lente et progressive, sensation de masse encapsulée avec nombreux lobes, indépendance de la tumeur avec le système osseux et vasculaire; état général excellent. Cet ensemble de symptômes, qui n'ont rien de spécifique, pris en par un, caractérisent le conjonctivome.

Mais le tissu conjonctif peut réagir sous forme tumorale, mais non néoplasique; d'autre part, il peut exister des causes d'erreurs avec les formations tumorales provenant des autres éléments organiques de la cuisse, à savoir les vaisseaux, artère, veine, système lymphatique, les nerfs, les muscles et les os.

a) DIAGNOSTIC AVEC LES TUMEURS D'ORIGINE INFLAMMATOIRE :

Le tissu conjonctif réagit fréquemment et son inflammation est chose commune. En dehors des abcès chauds, dus à des agents septiques variés, et dont le diagnostic est relativement aisé, il faut noter comme

grandes causes d'erreur, les productions tumorales dues à la tuberculose, à la syphilis et aux mycoses.

Les collections froides peuvent simuler facilement le conjonctivome par leur indolence, leur évolution lente et leur tension particulière. Absès froids venus de la colonne vertébrale, du bassin, de la hanche ou du fémur sont à diagnostiquer. Un examen radiographique de la colonne vertébrale, du bassin et spécialement de l'articulation coxo-fémorale s'imposera en cas de doute.

D'autre part, la syphilis est capable de productions tumorales énormes, et certaines gommes syphilitiques peuvent simuler le conjonctivome. Mais ces tumeurs ont un développement beaucoup plus rapide que le conjonctivome; elles n'ont pas de capsule nette, elles sont plus diffuses, et leur présence se signale par des douleurs beaucoup plus accentuées. Si l'on songe à cette possibilité, une réaction de Wassermann ou un traitement d'épreuve préviendront une intervention qui pourrait entraîner des mutilations souvent fort importantes.

b) DIAGNOSTIC AVEC LES TUMEURS VASCULAIRES :

Les productions tumorales du système circulatoire qui peuvent prêter à confusion avec les conjonctivomes sont de plusieurs sortes :

D'abord, il existe au niveau du triangle de Scarpa un carrefour ganglionnaire important et une masse ganglionnaire unique peut poser un problème inté-

ressant. Sans signaler toutes les causes d'adénopathies de l'aîne, dont l'origine peut se découvrir au niveau du membre inférieur, des organes génitaux externes, de l'anus, de la paroi abdominale, une grande cause d'erreur est la lymphogranulomatose ou maladie de NICOLAS et FAVRE.

En cas de doute, l'évolution suppurative ultérieure renseignera sur la véritable nature de la tumeur. Les adénopathies primitives sont décelées aisément par un examen du sang, ainsi que par l'exploration des autres territoires ganglionnaires et de la rate.

Les anévrysmes artériels et artérioso-veineux peuvent simuler les conjonctivomes dans quelques cas où leur situation profonde ne permet pas une palpation facile. Mais en général, l'expansion de la poche, le souffle rude perçu au stéthoscope et l'examen de l'indice oscillométrique permettront de poser le diagnostic. Le cas de l'observation n° 5 est à ce sujet fort instructif. Le diagnostic d'anévrysme s'imposait à ce point qu'on pratiqua une artériographie. Celle-ci ne décelant pas de poche anévrysmale et montrant l'indépendance entre la tumeur et les vaisseaux, fit conclure au conjonctivome.

Un angiome profond est parfois une cause d'erreur. JABOULAY a insisté sur la sensation de « pelotons de ficelles irréguliers » que donne leur palpation. d'autre part, leur volume est variable, au cours d'une même journée, suivant l'état de fatigue ou de repos du sujet.

Un gros hématome survenant chez un sujet hémophile ignoré, peut prêter à confusion, mais un héma-

tome n'est pas envahissant, il a un début brusque et sa résorption est la règle.

d) DIAGNOSTIC AVEC LES TUMEURS NERVEUSES :

Les tumeurs nerveuses rencontrées à la cuisse se développent presque toujours au niveau du sciatique, et il est inutile d'insister sur le caractère douloureux de semblables tumeurs. Pourtant la maladie de Recklinghausen, surtout dans sa manifestation de tumeur royale, a pu quelquefois faire supposer un conjonctivome et l'intervention dans ce cas risque d'entraîner des hémorragies redoutables, la tumeur neurofibromateuse étant très riche en vaisseaux. Mais la recherche des autres manifestations tumorales et cutanées de cette maladie doit permettre, très souvent, le diagnostic exact.

e) DIAGNOSTIC AVEC LES TUMEURS MUSCULAIRES :

On doit aussi songer aux tumeurs musculaires développées au niveau de la cuisse. Un bon élément de diagnostic réside dans ce fait que les tumeurs s'immobilisent presque complètement lors de la contraction musculaire, surtout dans le sens de la longueur du muscle. Il en est ainsi des hernies musculaires, qui sont presque toujours réductibles et dont on retrouve toujours l'origine traumatique. Les kystes hydatiques développés dans les muscles présentent aussi le même phénomène; d'autre part, ils s'accompagnent de réaction sanguine éosinophilique et de la réaction de Weimberg positive. Le rhabdomyome est une tumeur mus-

culaire rare et l'examen histologique après l'extraction en détermine la nature.

f) DIAGNOSTIC DES TUMEURS OSSEUSES :

Enfin, les ostéosarcomes peuvent simuler les gros conjonctivomes, et leur fréquence au niveau du fémur est bien connue. Mais la tumeur est fixe, et les muscles se déplacent, au moment de leur contraction, au-dessus de la tuméfaction. Les douleurs térébrantes qui accompagnent toujours ces tumeurs ne doivent laisser aucun doute que lèverait d'ailleurs facilement une radiographie.

Traitement

Devant l'évolution si dangereuse des conjonctivomes, on est en droit de considérer les tumeurs conjonctives comme des tumeurs malignes, même si le résultat histologique ne montre pas de lésions malignes. Aussi la thérapeutique doit-elle s'inspirer de ce principe.

DU TRAITEMENT D'ÉPREUVE

Nous avons exposé la difficulté du diagnostic entre gomme syphilitique et conjonctivome. J.-R. PINSAN en a rapporté un beau cas à la Société Nationale de Chirurgie de Paris. Une malade atteinte d'une tumeur à la cuisse fit, après l'ablation de celle-ci, deux récurrences rapprochées. L'aspect histologique de la dernière récurrence montra un aspect inflammatoire, et malgré des réactions sérologiques négatives, la tumeur disparut à jamais par le traitement d'épreuve. SANTY et NOËL ont signalé aussi des gommages du quadriceps en imposant pour des conjonctivomes. Une gomme peut donc se développer sur un sujet, sans traces syphilitiques antérieures et, d'autre part, un syphilitique avéré peut être atteint d'un sarcome.

On voit donc la difficulté que soulève ce problème, aussi est-il très indiqué de pratiquer un traitement d'épreuve, avant d'intervenir, traitement qui pourra souvent réserver d'agréables surprises.

Toutefois, MASSIA et PILON ont attiré l'attention sur ce fait que certains médicaments anti-syphilitiques peuvent agir sur des lésions inflammatoires, autres que la syphilis, ainsi l'iodure de potassium peut guérir des lésions mycosiques, de même des lésions syphilitiques peuvent résister à certains médicaments antisiphilitiques et être sensibles à d'autres.

Aussi ce traitement d'épreuve soulève-t-il de grosses difficultés de pratique et ne doit-il être confié qu'à des spécialistes.

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Trois modes d'interventions s'offrent au chirurgien en présence d'un conjonctivome de la cuisse. L'abstention, l'ablation, l'amputation.

L'abstention ne peut être envisagée que dans deux cas : celui du vieillard qui supporterait mal une intervention mutilante, et dont le conjonctivome n'offre pas, par rapport à son âge, de caractère de gravité important, et celui dans le cas où la tumeur a fait de tels progrès que l'amputation serait insuffisante à supprimer entièrement la tumeur.

Le chirurgien a donc à choisir en général entre deux modes d'intervention, l'amputation et l'ablation.

Les deux grands promoteurs de l'amputation ont été TIXIER et POLLOSSON. TIXIER a fourni dix cas de conjonctivomes suivis de récidives en récidives jusqu'à la mort. Aussi à quoi bon une opération conservatrice, pourquoi ne pas employer tout de suite l'amputation qui supprimera la cause même du mal? Cette théorie est certainement tentante, bien que dans quelques cas une récidive puisse se déclarer dans le moignon d'amputation.

Que peuvent apporter comme arguments les partisans de l'intervention conservatrice? Ce fait d'abord que les porteurs de conjonctivomes refuseront bien souvent d'accepter l'amputation pour une tumeur aussi dolente. D'autre part, les conservateurs ont obtenu des survies fort appréciables. TIXIER lui-même n'a-t-il pas observé des survies de 10 et 20 ans avant l'issue fatale? Pendant ces 10 et 20 ans, les malades avaient leur membre entier et pouvaient s'en servir librement. Déjà en 1911, LECÈNE et MONDOR, partisans de l'opération conservatrice, avaient observé des survies de 3 à 8 ans, après l'intervention sans récidive.

Plus près de nous, NOVÉ-JOSSERAND signale un cas de conjonctivome opéré il y a dix-neuf ans, et qui, malgré une récidive elle-même opérée est toujours en vie. De même VILLARD a présenté, en 1928, un cas de myxolipome guéri depuis vingt ans. BÉRARD, COLSON, HENRY ont signalé, en 1935, le cas d'un conjonctivome de la racine de la cuisse qui, malgré deux récidives, a évolué en trente-sept ans.

Il serait, à ce propos, fort intéressant de posséder des statistiques exactes. BÉRARD et PEYCELON ont es-

sayé d'en fournir une en 1931, qui se traduisait par 9 vivants et 9 décès sur 18 malades observés pendant plusieurs années. Mais il est bien évident que cette statistique est faussée par le fait que tous les malades n'ont pas suivi le même traitement. Certains ont été traités uniquement par la radiothérapie, avec d'ailleurs des résultats défavorables, d'autres par la chirurgie pure, d'autres encore pas l'association bistouri, radiothérapie, enfin, sur 18 malades, 6 s'étaient présentés au service déjà porteurs de récidives.

En résumé, pourquoi ne pas tenter un traitement conservateur qui a donné de si bons résultats à certains, quitte à envisager l'amputation si les récidives deviennent par trop menaçantes ?

DU TRAITEMENT CONSERVATEUR

Le traitement conservateur a pour but d'assurer au malade une survie la plus longue possible. Et pour cela il faut éviter qu'il se forme des récidives. Or, nous avons vu que ces récidives proviennent souvent d'un oubli dans les interstices musculaires d'un lobule satellite qui, débordant la capsule est venu se nicher loin dans le muscle, et sera oublié par une simple énucléation de la tumeur. Aussi LECÈNE et MONDOR ont été des premiers à envisager la myectomie totale du muscle envahi. LERICHE est aussi partisan de cette méthode. Ils ont d'ailleurs vérifié la bénignité des exérèses musculaires larges au point de vue des troubles fonction-

nels. Il existe, en effet, de nombreuses suppléances musculaires qui sont réalisées par les muscles voisins.

Pour effectuer cette myectomie, il faut d'abord se donner tout le jour nécessaire, pour mettre à nu la région musculaire néoplasique, ce qui réclame une longue incision. D'autre part, il faut couper systématiquement en partie saine à même le muscle, et ne pas craindre de trop gros délabrements.

Ainsi BÉRARD résèque dans deux cas les vaisseaux fémoraux sur une longueur de 20 cm., sans aucune complication gangréneuse.

Cette opération logique peut être complétée par l'action de la radiothérapie, qui a pour but de détruire les boyaux néoplasiques qui auraient pu échapper au bistouri. D'ailleurs, CHALIER, COSTES et BADOLLE font même des applications de radiothérapie à feu nu dans la plaie opératoire avant de suturer la plaie.

DU TRAITEMENT DES RÉCIDIVES

Les récidives locales qui peuvent survenir à échéance plus ou moins lointaine peuvent être traitées par le bistouri, ou la radiothérapie.

Les dimensions de la tumeur jouent d'ailleurs un rôle dans le choix du traitement. Une récidive de dimensions importantes ne sera justiciable que du bistouri, la radiothérapie n'ayant pas beaucoup d'action sur les grosses masses des conjonctivomes.

Par contre, une récidive à ses débuts, alors qu'elle se présente sous l'aspect de petits noyaux indurés re-

lève de la radiothérapie. Les séances de radiothérapie peuvent d'ailleurs être multipliées et prolongées pendant plusieurs semaines avec des doses calculées, de manière à conserver la vitalité des téguments.

Ainsi CHALIER signale en 1931 un cas de volumineux sarcome de la gaine des vaisseaux fémoraux opéré en 1920; ce conjonctivome, récidivé en 1926, a été opéré localement et il est arrivé à détruire de nouvelles petites récidives par des séances de radiothérapie appropriées. Le malade était d'ailleurs encore en vie en 1931.

BÉRARD et PEYCELON relatent le cas d'un jeune radiologue qui subit, de 1914 à 1918, trois interventions successives pour une volumineuse tumeur fessière et qui est toujours en vie grâce à de nombreuses séances de radiothérapie.

Toutefois, au cas où les récidives locales deviendraient inquiétantes par leur fréquence ou leur ampleur, le chirurgien, pour éviter les métastases, sera amené à pratiquer l'amputation.

En résumé, les opérations radicalement larges et les progrès de la radiothérapie ont amélioré le pronostic défavorable de ces tumeurs en amenant des survies de plus en plus longues. Toutefois, il faut reconnaître que la précocité de l'intervention et l'examen soigneux et régulier de la cicatrice opératoire sont des précautions à ne pas négliger.

Observations

OBSERVATION I

(Communication faite par MM. HAMANT et CHALNOT
à la Société de Médecine le 15 avril 1934.)

Conjonctivome de la région latéro-interne du genou gauche.

Il s'agit d'un malade de 46 ans, cantonnier de son métier, entré au service de M. le Professeur HAMANT, le 27 mai 1931, pour une tuméfaction de la région externe de la cuisse gauche.

Il y a cinq ans environ, le malade dit avoir subi un traumatisme sur les deux genoux, il a dû subir à la suite de cet accident l'ablation du ménisque interne du genou droit.

Cinq ou six mois avant son entrée à l'hôpital, le malade a remarqué la présence d'une petite masse de la grosseur d'une noisette au niveau de la partie latéro-interne du genou gauche. Elle augmente progressivement et par suite sa présence détermine une légère gêne fonctionnelle pour laquelle le malade se décide à entrer à l'hôpital.

A l'entrée, le 26 mai 1931, on constate sur la partie inférieure et interne de la cuisse, du côté gauche, la présence d'une tumeur grosse comme un poing. Elle semble

assez profonde, sous-aponévrotique, il ne semble pas y avoir d'infiltration autour de la tuméfaction qui semble circonscrite. Elle est légèrement douloureuse à la palpation.

On intervient le 29 mai 1931, sous anesthésie au mélange de Schleicht. On enlève du reste facilement une masse sous-aponévrotique nettement enkystée et qui renferme du sang sous forme de caillots. L'examen histologique fait au laboratoire du service par M^{lle} LACOUR ne montre pas de lésion spécifique. La masse est entourée d'une capsule fibreuse avec un dépôt calcaire. Il existe au centre un épanchement sanguin. Le malade sort de l'hôpital quelques jours après l'intervention, parfaitement guéri. Il revient consulter le 18 juin 1932, il avait repris, à la suite de la première intervention, son métier de terrassier; il travaillait à la pelle, appuyant le manche contre la partie inférieure de la cuisse gauche. On constate la réapparition de la tuméfaction primitive qui a repris un volume à peu près identique. La cicatrice que l'on voit à la surface des téguments, est linéaire, et parfaitement souple. La palpation est légèrement douloureuse. Pas de modification des téguments, quelques ganglions inguinaux légèrement tuméfiés.

Le 20 mai 1932 on pratique l'ablation de cette tuméfaction, elle est assez facilement énucléable et constituée par des concrétions souillées de sang. L'examen histologique pratiqué à ce moment montre alors un aspect histologique complètement différent des premières recherches. On répond, en effet, sarcome à petites cellules rondes à aspect de périthéliome. Le malade guérit du reste facilement de cette deuxième intervention, et sort de l'hôpital quelques jours après.

Il revient à la clinique en 1932, en souffrant de la hanche du même côté. On lui fait quelques piqûres de Naïodine qui l'améliore et le malade ne revient qu'en 1933, montrer deux petites nodules douloureux au palper, et légèrement durs. Ils s'accompagnent de quelques irradiations douloureuses.

Le 2 décembre 1933, sous anesthésie générale on en pratique l'ablation. Il s'agit de masses blanchâtres qui s'enfoncent dans la masse du quadriceps.

L'examen histologique pratiqué une troisième fois montre une malignité nettement augmentée. Il s'agit d'un sarcome globo-cellulaire, avec une grande abondance de cellules anormales, de monstruosité nombreuses et des lacunes sanguines.

Le malade a quitté l'hôpital quelques jours après l'intervention, et nous avons eu de lui d'excellentes nouvelles il y a quelques jours.

OBSERVATION II

(Inédite. Due à l'obligeance de MM. les

Professeurs HAMANT et CHALNOT.)

M. D..., 56 ans, maçon, entre au service de M. le Prof. HAMANT, en septembre 1936, depuis 5 ans, le malade ressent une douleur apparaissant à la fatigue, siégeant au niveau de la face externe de la cuisse gauche, de l'ischion au condyle externe, ainsi qu'au pli de l'aîne.

Il y a trois ans, est apparue insensiblement une tumeur indolore, au niveau de la partie postéro-interne du genou,

la tumeur a grossi et atteint actuellement le volume de deux poings.

La tumeur est oblongue, de forme irrégulière, dure sans limites nettes en partie mobile, sur les plans profonds. Les téguments sont minces, mais normaux.

Opération le 18 septembre 1936.

Résultats histologiques : tumeur conjonctive avec substance intercellulaire très abondante formée des cellules anastomosées en réseau. Rares cellules fusiformes. C'est un myxo-sarcome.

OBSERVATION III

(Inédite. — Due à l'obligeance de MM. les
Professeurs HAMANT et CHALNOT.)

M. GER..., 65 ans, entre au service de M. le Prof. HAMANT le 18 mars 1934, salle n° 6, lit n° 12.

Il y a trois ans, le malade remarque une tuméfaction au niveau de la région fessière, droite. Tuméfaction de la grosseur d'un œuf. Petite douleur, peu marquée. Depuis un an, la tuméfaction a augmenté, très notablement de volume, aucune gêne à la marche. Le malade s'inquiète et va consulter un médecin qui l'envoie au service.

Au niveau de la région de l'articulation coxo-fémorale et fessière, existe une tuméfaction de la grosseur d'une tête humaine. Peu tendue, circulation collatérale très marquée, tumeur mobile sous la peau et les plans adjacents, mobile aussi la jambe fléchie. La tumeur est assez mollassse à la palpation avec noyaux indurés; aucune lé-

sion de la peau au niveau de la tuméfaction, palpation non douloureuse, quelques ganglions inguinaux, très durs.

Résultats de l'examen de la pièce anatomique après l'ablation : fibro-myxo-lipome très jeune en évolution. Il y a des cellules mitotiques et géantes qui appartiennent à la transformation sarcomateuse.

OBSERVATION IV.

(Inédite. Due à l'obligeance de MM. les
Professeurs HAMANT et CHALNOT.)

M. LAU..., 45 ans, entre en septembre 1936, à la salle n° 11, lit n° 7.

Il y a 8 mois est apparue à la face antérieure de la cuisse droite, à la partie moyenne une tumeur indolore. La tumeur a augmenté de volume jusqu'à devenir grosse comme deux poings. Elle est fusiforme, depuis un mois, elle est devenue douloureuse. L'ablation en est faite le 8 septembre 1936. La tumeur est située dans les parties molles, en avant des adducteurs, et au contact des vaisseaux. Abord antéro-interne à travers le vaste interne. Fil d'attente sur la fémorale. Dissection en plein muscle. Hémostase, rapprochement des aponévroses au catgut, fermeture sans drainage.

Examen de la pièce : sarcome globo-cellulaire, avec nombreux capillaires, et nombreuses cellules sanguines.

OBSERVATION V

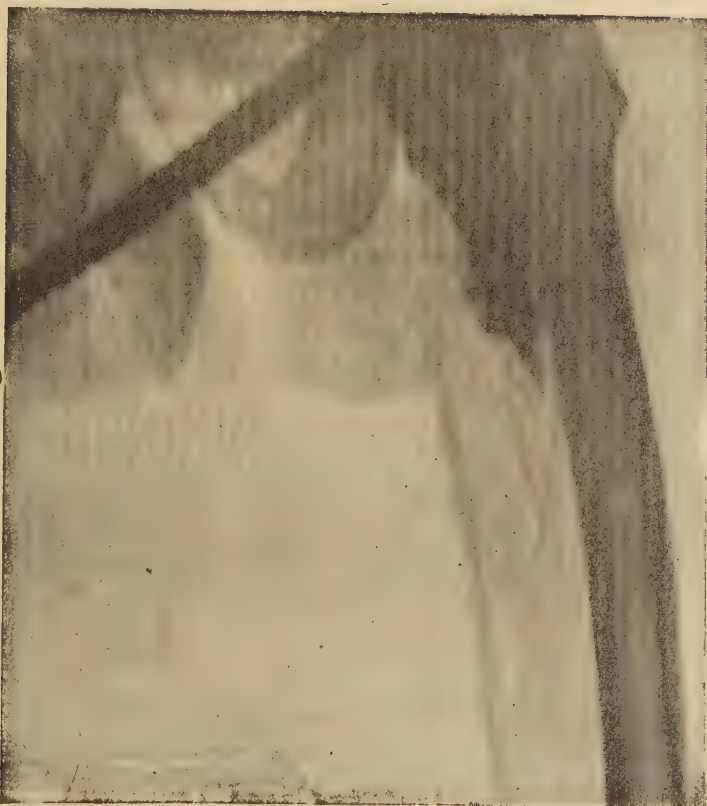
(Inédite. — Due à l'obligeance de MM. les
Professeurs HAMANT et CHALNOT.)

M. M..., 48 ans, entre au service de M. le Prof. HAMANT le 19-4-1937 (salle n° 11, couchette n° 2).

C'est un homme bien portant, sans passé pathologique chargé. Il se rappelle après un effort de mémoire, avoir reçu au début de 1937 un violent traumatisme au niveau de la partie interne et moyenne de la cuisse. Etant monté sur une planche posée sur l'ouverture d'un tonneau et la planche cédant, il tombe et se contusionne la partie interne de la cuisse, contre le rebord tranchant du tonneau. Ce traumatisme n'avait d'ailleurs été accompagné d'aucune lésion organique et avait été oublié.

Pourtant, un mois environ après le traumatisme, le malade ressent des douleurs sourdes au niveau de la jambe gauche, survenant surtout le soir, après la marche, douleurs que le malade attribue aux rhumatismes. Mais un jour, il remarque, à la palpation une petite zone indurée, située au niveau de la face antéro-interne de la cuisse, les derniers temps, les douleurs avaient augmenté et l'avaient obligé à cesser tout travail. Le repos allongé calmait ses douleurs. Après consultation, de son médecin, il entre au service où on l'examine.

On constate alors l'existence d'une masse oblongue, siégeant au niveau de la face interne de la cuisse et remontant jusqu'au niveau du triangle de Scarpa. L'axe de cette masse coïncide avec celui des vaisseaux fémoraux. La consistance est dure. Elle est mobilisable avec les muscles adducteurs, et ne semble pas fixée dans sa profondeur. Le diamètre de la cuisse gauche est supérieur de 4 cm. à celui de la cuisse droite.



Radiographie de l'observation n° V

La radio montre une masse floue, en fuseau engainant les vaisseaux, et le diagnostic possible d'anévrysme pouvait s'imposer.

Les oscillations prises au Pachon sont sensiblement équivalentes aux deux membres. L'artériographie est alors pratiquée, elle montre qu'il n'existe pas de poche anévrysmale et que la tumeur et le système artériel sont indépendants l'un de l'autre.

Le prof. HAMANT intervient alors. Il pratique une incision sur la ligne de ligature de l'artère fémorale. Il trouve dans la gaine, de la fémorale recouverte, cravatée par une tumeur piriforme, descendant jusqu'au 1/3 de la cuisse, et remontant jusqu'à l'iliaque externe, sous l'arcade crurale. Il se trouve alors dans l'impossibilité de dégager complètement la tumeur vu son étendue et ses rapports intimes avec les vaisseaux. Il pratique la ligature de l'artère fémorale, aux deux extrémités de la tumeur, pour en diminuer la vascularité.

Des séances de radiothérapie ont été pratiquées par la suite sur cette tumeur.

Résultat anatomo-pathologique :

Tumeur conjonctive formée de nombreuses cellules polymorphes, fusiformes ou arrondies, disposées en tourbillons, rappelant assez l'aspect du sarcome.

Conclusions

Les tumeurs conjonctives de la cuisse prennent naissance au niveau du tissu conjonctif intramusculaire ou de celui formant la gaine des vaisseaux fémoraux. Elles se rencontrent chez l'homme entre 40 et 50 ans et sont relativement fréquentes.

Leur forme est variable, ce sont généralement des masses arrondies, multi-lobées, de consistance non homogène, l'examen histologique montre une texture complexe, toutes les néoplasies conjonctives peuvent se rencontrer dans la même tumeur.

L'évolution de semblables tumeurs est presque toujours la même. La tumeur primitive enlevée, récidive quelques années plus tard et cette récidive enlevée sera à son tour suivie d'autres récidives de plus en plus rapprochées.

Aussi ces tumeurs doivent-elles être considérées comme des tumeurs malignes, et être traitées comme telles. La myectomie large d'emblée semble être la meilleure intervention qui puisse mettre le malade à l'abri de récidives futures. S'il existe des récidives,

une nouvelle intervention pourra encore amener la guérison. La radiothérapie sera un adjuvant précieux qui complétera l'action du bistouri.

En conclusion, on arrive à l'heure actuelle à obtenir dans le traitement des conjonctivomes de la cuisse des survies fort précieuses qui peuvent faire penser qu'à l'avenir le pronostic pourra devenir de moins en moins sombre.

Bibliographie

ACHARD et LœPER. — Traité d'anatomo-pathologie.

BÉRARD. — A propos d'une tumeur conjonctive de la cuisse traitée par extirpation (*Lyon Chirurgical*, 1930, p. 236).

— A propos de tumeurs conjonctives profondes de la cuisse (*Lyon Chirurgical*, 1929, p. 629).

— Résultats éloignés d'intervention pour conjonctivomes des membres (*Soc. des Chirurgiens de Lyon*, 1929).

BÉRARD, COLSON et HENRY. — Enorme conjonctivome de la racine de la cuisse et de la fesse deux fois récidivés et évoluant depuis 37 ans (*Lyon Chirurgical*, novembre-décembre 1935, p. 705).

BÉRARD et CREYSEL. — Sur quelques observations de conjonctivomes (*Lyon Chirurgical*, 1928, p. 742).

BÉRARD et DESJACQUES. — Récidives d'une tumeur conjonctive de la cuisse (*Lyon Chirurgical*, 1931, p. 271).

BÉRARD et PEYCELON. — A propos de conjonctivomes des membres, résultats éloignés et observations nouvelles (*Lyon Chirurgical*, 1930, p. 82).

BÉRARD, MARTIN et HENRY. — A propos d'un cas de conjonctivome diffus de la cuisse (*Lyon Chirurgical*, 1936, p. 65).

CHEVALIER. — Etude sur le myxome (*Thèse*, Paris 1891).

- CHEVROLLE (E.). — Contribution à l'étude des sarcomes primitifs de l'aîne (*Thèse*, Paris 1899).
- CLERC (L.). — Quelques considérations sur le myxome lipomateux de la cuisse (*Thèse de Lyon*, 1897).
- DELACHENAL (J.). — Des tumeurs malignes du tissu cellulo-adipeux (*Thèse de Lyon*, 1910).
- DIEULAFÉ. — Enorme tumeur fibro-adipeuse de la cuisse (*Gazette des hôpitaux*, 1930, p. 151).
- FOURNIALS (J.). — Contribution à l'étude des lipomes intramusculaire (*Thèse de Toulouse*, 1923).
- FRUCHAUD (H.). — Les conjonctivomes de la gaine des vaisseaux fémoro-poplités (*Rev. de Chirurgie*, 1931, p. 545).
- GAUTHIER. — Tumeur de la gaine des vaisseaux fémoraux (*Lyon Médical*, 1903, p. 1010).
- GOUILLOUD. — Désarticulation de la hanche pour une tumeur maligne récidivante musculaire de la cuisse (*Lyon Médical*, 1909, p. 19).
- GOUILLOUD et GAUTHIER. — Désarticulation de la hanche droite pour un sarcome de la cuisse chez un vieillard de 72 ans (*Lyon médical*, 1925, p. 609).
- GUILLEMIN. — Myxome de la cuisse (*Revue Médicale de Nancy*, août 1926, p. 573).
- GUYOT et COURRIADES. — Volumineux conjonctivome de la gaine des vaisseaux fémoraux, chez un malade atteint de nombreuses artrites hémophilittiques (*Soc. de Chirurgie de Bordeaux*, 9 mai 1935).
- GUTTIREZ (J.). — Traitement des sarcomes et des ostéosarcomes par la radiothérapie pénétrante (*La Semaine Médicale*, 6 janvier 1927, p. 10).
- HAMANT, CORNIL et MOSIAGER. — Sarcome fibroblastique de la cuisse développé sur une cicatrice opératoire (*Annales d'Anat. Pathol.*, mars 1930).

HAMANT et CHALNOT. — Conjonctivome de la région latéro-interne du genou gauche (*Revue Médicale de l'Est*, 15 avril 1934, p. 455).

JABOULAY. — Myxome de la cuisse (*La Clinique*, 1908).

KIRMISSON. — De l'extirpation des tumeurs du triangle de Scarpa (*Revue de Chirurgie*, 1886, p. 861).

LANGENBECK. — Beitrage zur chirurgischen Pathologie der Venen (*Arch. f. Klinische Chirurgie*, 1860, tome I).

LECÈNE et MONDOR. — La myomectomie large dans certains sarcomes primitifs musculaires (*Journal de Chirurgie*, 1911, p. 617).

LERICHE (R.). — Sur la méthode opératoire qu'il convient d'appliquer aux tumeurs conjonctives des membres (*Lyon Chirurgical*, 1929, p. 136).

MERCIER. — Lipomes de la cuisse (*Thèse*, Montpellier, 1898).

MASSIA et PILON. — Le traitement antisypilitique d'épreuve (*Journal de Médecine de Lyon*, mai 1925, p. 503).

MERLAT (H.). — De quelques tumeurs des parties molles de la cuisse. De leur traitement conservateur (*Thèse de Lyon*, 1908).

NOVÉ-JOSSERAND (A.). — Tumeurs conjonctives des membres (*Lyon Chirurgical*, 1928, 711).

J.-R. PINSAN. — Gommès syphilitiques du quadriceps prises pour une tumeur conjonctive et diagnostiquées par l'examen histologique (*Bull. Soc. Chirurg. Paris*, 1933, p. 777).

POLLOSSON (E.). — Contribution à l'étude des tumeurs des parties molles des membres. Du conjonctivome de la gaine des vaisseaux en particulier (*Thèse de Lyon*, 1925).

- Tumeur conjonctive de la gaine des vaisseaux huméraux observée pendant 13 ans. Mort par généralisation pulmonaire (*Lyon Chirurgical*, 1929, p. 41).
- POLOSSE et CREYSSELL. — Tumeurs conjonctives des parties molles de la cuisse (*Lyon Chirurgical*, 1928, p. 608).
- POTHERAT (E.). — Myxomes du membre supérieur et radiographie (*Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1903, p. 691).
- Enorme myxome de la cuisse gauche. Ablation. Guérison (*Bull. de la Soc. de Chirur. de Paris*, 1905, p. 472).
- Fibro-myxo-sarcome du sciatique (*Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1906, p. 358).
- Tumeur du sciatique poplité interne; extirpation avec conservation du nerf et de ses fonctions (*Bull. de Chir. de Paris*, 1918, p. 458).
- RAFIN (M.). — Du myome diffus du tissu cellulaire des membres (*Thèse de Lyon*, 1885).
- REGAUD (Ch.) et COUTAUD (H.). — Radiothérapie des sarcomes (*Paris Médical*, février 1924, p. 119).
- SANTY et NOËL. — Gommès syphilitiques du quadriceps (*Lyon Chirurgical*, 1932, p. 61).
- SABRAZES, GUYOT et JEANNENEY. — Lipome du muscle temporal (*Bull. de l'Association Française pour l'Etude du Cancer*, 1924, p. 47).
- TAVERNIER. — Désarticulation inter-iléo-abdominale pour sarcome de la cuisse (*Lyon Chirurgical*, 1928, p. 105).
- THÉVENOT et PATEL. — Les myxo-lipomes de la cuisse (*Gaz. des Hôpitaux*, 1901, p. 685).
- TIXIER. — Déchirure longitudinale de la veine fémorale au cours de l'ablation d'un gros sarcome de la gaine des vaisseaux. Suture de la fémorale. Guérison (*Lyon Chirurgical*, 1913, p. 316).

TULLIAN. — Contribution à l'étude des tumeurs dites conjonctivomes (*Thèse*, Nancy 1936).

VEYRESSAT. — Myxo-lipome de la fesse (*Gaz. des Hôp.*, 1906, p. 1539).

VIANNAY. — Sarcome aponévrotique de la gaine des vaisseaux (*Lyon Chirurg.*, 1914, p. 363).

VILLARD. — Myxo-lipome de la cuisse (*Société des Sciences Médicales*, juillet 1896).

— Enorme fibro-sarcome de la cuisse (*Soc. des Sciences Médicales*, juillet 1902).

Vu :

Nancy, le 24 Mai 1937.

Le Président de la Thèse :

HAMANT.

Vu et approuvé

Nancy, le 25 Mai 1937.

Le Doyen de la Faculté de Médecine

L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 26 Mai 1937.

Le Recteur de l'Académie,

BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

Table des Matières

	Pages
INTRODUCTION	9
HISTORIQUE	11
ANATOMO-PATHOLOGIE	13
SYMPTOMATOLOGIE	21
EVOLUTION	25
DIAGNOSTIC	31
TRAITEMENT	37
OBSERVATIONS	43
CONCLUSIONS	51
BIBLIOGRAPHIE	53
